

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1914

N^o

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
(MENTION MÉDECINE)

438

ANGIOMES de la Conjonctive

PAR

Elisabeth CHIC

NÉE LE 25 JUIN 1890 A LOZOVAIA (RUSSIE)

Président : M. le Professeur DE LAPERSONNE

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE (VI^e)

1914

UNIVERSITÉ DE PARIS - FACULTÉ DE MÉDECINE

THÈSE

438

PRÉSENTÉE PAR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

PARIS

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

LE DOCTEUR EN MÉDECINE

PARIS

PARIS

PARIS

PARIS

PARIS

OLIVER HENRY

PARIS

PARIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551415_0038

ANNÉE 1914

No

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

ANGIOMES de la Conjonctive

PAR

Elisabeth CHIC

NÉE LE 25 JUIN 1890 A LOZOVAIA (RUSSIE)

Président : M. le Professeur DE LAPERSONNE

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE (VI^e)

1914



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	Auguste BROCA
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
	PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	PINARD
	RIBEMONT-DES
	SAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantine.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET ANDRÉ	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBE HENRI	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVAS-	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	TINE	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

Professeur de Clinique ophtalmologique à l'Hôtel Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

*qui m'a suggéré l'idée de cette thèse
en respectueux hommage.*

INTRODUCTION

A MONSIEUR LE DOCTEUR TERRIEN

Professeur Agrégé à la Faculté de Paris
Ophtalmologiste de l'Hôpital Beaujon

*à l'obligeance duquel je dois l'une
des observations inédites pu-
bliées dans la présente thèse.*

INTRODUCTION

Ayant pris connaissance dans le service de M. le Professeur de Lapersonne à l'Hôtel-Dieu d'un cas nouveau d'angiome de la conjonctive auquel nous avons pu joindre grâce à l'obligeance de M. le Dr Terrien, Professeur agrégé à la Faculté de Paris, une autre observation inédite nous avons pensé qu'il serait utile de réunir dans une étude d'ensemble les observations antérieures les plus intéressantes relevées tant en France qu'à l'étranger.

Nous y avons joint aussi un résumé des connaissances actuelles sur les angiomes de la conjonctive en nous servant principalement des travaux de Virchow, Lagrange, Fehr, Castelain et de lathèse récente de Mlle Borch pour ce qui concerne les transformations malignes, point sur lequel nous nous sommes surtout arrêtés.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

L'angiome de la conjonctive est une tumeur très rare. On a une idée de cette extrême rareté lorsqu'on lit dans le traité de Desmarres (1) que cet auteur ne l'a jamais rencontré. « Je serai assez porté à penser dit-il, que souvent on a pris pour une de ces tumeurs une tumeur fongueuse de la conjonctive. »

Cependant l'angiome de la conjonctive constitue sans aucun doute une entité clinique et à partir du début du XIX siècle il a été reconnu et étudié. C'est Wardrop qui en 1808 publie les 3 premiers cas : les 2 premiers constatés chez l'homme, le 3^e chez une vache.

2 ans après Pelletan dans sa clinique chirurgicale rapporte l'observation d'un de ses malades chez le-

(1) Desmarres. Traité des maladies des yeux. T. II p. 220.

quel une tumeur érectile de la conjonctive a envahi l'intérieur de l'œil.

En 1811, Burns observe un angiome qui pend de la paupière devant la cornée. Dans les cliniques de von Ammon, on trouve 2 observations d'angiomes qui ont pris un développement considérable.

20 ans après, l'attention est de nouveau attirée sur cette tumeur par la communication de Dubois à la société d'ophtalmologie de Bruxelles et quelques mois après par les 2 nouveaux cas de Sichel.

Schirmer en 1860 publie l'observation d'un homme qui présentait de nombreuses télangiectasies.

Testelin a eu l'occasion de constater chez un jeune garçon à l'angle interne de l'œil une tâche mélanique qui empiétait un peu sur la cornée.

En 1867, Blessig, présente un malade dont il a traité la tumeur de la conjonctive par des injections de perchlorure de fer.

Après les 2 observations de Talko, Galezowski et et Ruvioli publient 2 cas d'angiome où ils attribuent au traumatisme une cause déterminante.

La même année Leber attire l'attention sur les difficultés qui peut présenter le diagnostic de l'angiome qu'il avait pris chez un de ses malades pour une varice de la conjonctive.

En 1883, des faits nouveaux ont été rapportés par Dimmer, Horroks et Everbusch qui permettent de préciser les caractères cliniques de cette tumeur. A partir cette époque les observations deviennent plus nombreuses, l'anatomie pathologique de l'angiome étant plus connue grâce aux travaux de Virchow, Porta

et Cornil. Rampoldi et Stefanini consacrent dans les Annales d'ophtalmologie de Pavie, un article à l'étude de cette tumeur qu'ils ont eu l'occasion de constater chez 2 de leurs malades.

Après les mémoires de Landesberg, Elschnig, Bock et Snell, Krochinsky mentionne la guérison spontanée d'un angiome pédiculé.

En 1894, en Allemagne, Zimmermann, Bossalino, Reich et Boch, apportent d'importantes contributions à l'étude de cette tumeur.

En 1895 en Angleterre Lippincott publie un nouveau cas d'angiome et quelques mois après on trouve dans l'*American Journal* d'ophtalmology une observation d'Alt sur le même sujet.

La première étude approfondie de cette tumeur est faite par Fehr, élève d'Hirschberg en 1897. C'est de ce travail que M. le Pr Lagrange s'est inspiré pour écrire le chapitre des angiomes de la conjonctive dans son traité des tumeurs de l'œil. Ce même travail de Fehr nous a été fort utile dans la présente étude. Après les nouveaux cas de Bock, Boesle, Gonin et Reiss, les faits deviennent assez nombreux et en 1901 Pergens fait une étude très complète de cette tumeur et apporte une intéressante contribution à la question par la publication de 2 observations nouvelles. Quelques mois après Handeman relate l'histoire d'un angiome à marche rapide qui en 3 semaines a nécessité l'énucléation.

Après l'angiome traumatique de Paderstein, Gros rapporte un autre cas qui appelle de nouveau l'attention sur le rôle du traumatisme dans le développement de cette tumeur.

Dans les années qui suivirent Ahlstrom et Fehr en Allemagne, Carlini en Italie fournirent de nouvelles contributions à l'étude de cette question.

En 1907, M. Castelain refit une étude complète de la question relevant toutes les observations connues auxquelles il ajouta deux cas nouveaux. Ce travail a été présenté à la Société d'ophtalmologie de Paris par M. Chaillaus.

Depuis 1907, aucun travail d'ensemble n'a été fait à notre connaissance sur la question.

Nous nous bornerons donc à signaler les observations de MM. Carlotti, Cautonnet, Duverger et Ancona, parues en 1909. Cette dernière, intéressante par bilatéralité de l'angiome et sa localisation sur le cul de sac conjonctival supérieur.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les angiomes sont des tumeurs caractérisées par une malformation locale du système vasculaire, consistant en dilatation et néoformation des capillaires. Cette définition due à Virchow (1) a l'avantage de distinguer l'angiome des variétés télangiectasiques des autres tumeurs et des varices et anévrysmes. Ces derniers ne présentent qu'une dilatation des vaisseaux sans néoformation. Les variétés télangiectasiques des autres tumeurs se différencient des angiomes par l'importance du tissu interstitiel compris entre les vaisseaux.

Broca (2) divisait les angiomes en angiomes artériels et veineux en se fondant sur leur couleur. Cette

(1) Virchow. Die Krankh : Geschwülste III I. p. 403.

(2) Broca. Traité des tumeurs.

classification n'a aucune raison d'être, car cette couleur dépend uniquement de la vitesse de la circulation. Dans les tumeurs dites veineuses, la coloration violacée est due à ce que le sang y circule lentement et se surcharge d'acide carbonique. Dans les tumeurs dites artérielles, l'aspect rouge vif tient à ce que le sang y circule rapidement. La bonne classification est due à Virchow. Elle a été acceptée depuis par la plupart des auteurs, notamment par Cornil et Ranvier (1).

D'après cette classification, il existe 2 variétés d'angiomes : l'angiome simple et l'angiome caverneux.

I. **L'angiome simple** ou **plexiforme** nommé encore *télangiectasie* ou *nævus sanguin* n'est pas à proprement parler une tumeur, mais plutôt une tache peu saillante, sans limites précises. Cet angiome est constitué par des vaisseaux capillaires de formation nouvelle, présentant des dilatations régulières, ampullaires ou cirsoïdes. Ces vaisseaux se pelotonnent et s'enchevêtrent en tire-bouchons. Ces pelotonnements donnent lieu à des petits lobules du volume d'un grain de mil, connus sous le nom de grains de Porta, du nom du médecin italien qui les décrit en 1860.

Virchow, Broca admettent que la néoformation vasculaire se produit par bourgeonnement des anses capillaires sous forme de points d'accroissement.

Sur une coupe de la tumeur les capillaires présentent une triple altération : il sont dilatés, de calibre

(1) Cornil et Ranvier. Histologie pathologique T. I p. 442.

irrégulier, leur parois sont épaissies. Suivant Cornil et Ranvier ces parois sont très riches en cellules tout en conservant la structure de la tunique des capillaires.

Les capillaires subsistent malgré les importantes modifications que subissent leur parois.

II L'angiome caverneux (*nævus cavernosus* de Plinck) a été nommé *tumeur érectile* par Dupuytren à cause de la ressemblance qu'il présente avec les tissus des corps caverneux de la verge et de sa propriété de se distendre par un afflux de sang sous l'effet d'un effort ou d'une émotion. Dans la grande majorité des cas l'angiome caverneux est l'aboutissant de l'angiome simple dont les vaisseaux déjà ectasiés sont d'abord distants, puis deviennent tangents par distension progressive. Les parois s'atrophient et les capillaires se confondent en de véritables lacs sanguins d'aspect alvéolaire rappelant exactement le tissu érectile des corps caverneux.

L'angiome caverneux est limité à sa périphérie par une capsule qui envoie à l'intérieur des travées dont l'ensemble délimite un système de cavités de dimensions variables qui ont un revêtement endothélial et entre lesquelles le sang circule. Elles tiennent lieu de système capillaire.

A la coupe l'angiome caverneux laisse échapper une certaine quantité de sang et en même temps il diminue notablement de volume.

L'angiome caverneux présente à étudier :

1° *La Capsule* est composée de lamelles concentriques

constituées par des faisceaux connectifs interceptant entre eux des cellules connectives avec de gros noyaux. Le tout est plongé dans une substance homogène transparente.

A la partie la plus interne de la capsule, les faisceaux du tissu conjonctif sont infiltrés par des granulations plus ou moins fines réunies quelques fois sous forme de plaques. Ces granulations tranchent par leur réfringence et leur coloration jaune due à l'acide picrique sur le reste des faisceaux conjonctifs colorés en rose par le carmin.

En outre on y rencontre des fibres élastiques et de rares vaisseaux qui sont presque uniquement des capillaires.

2° *Les travées* limitant les alvéoles prennent naissance sur la capsule.

Elles sont constituées par du tissu conjonctif strié avec ses cellules fusiformes et ses fibres élastiques surtout abondantes autour des espaces caverneux. (Camport).

On y trouve également des cellules graisseuses et Coppez y a décrit des fibres musculaires lisses. Elles peuvent contenir des vaisseaux qui leurs tiennent lieu de vaso-vasorum et Esmarck y a même trouvé des filets nerveux.

Au milieu de ces travées conjonctives se trouvent des amas de cellules lymphoïdes qui peuvent aboutir à la formation de véritables nodules lymphoïdes.

La couche interne est constituée par un endothélium formé de cellules aplaties, d'apparence fusiformes qui sont semblables aux cellules endothéliales

des veines. D'après M. Ménétrier (1) ces cellules endothéliales sont plus épaisses et plus riches en protoplasma et leur noyau est plus globuleux qu'à l'état normal.

Ces caractères sont plus prononcés dans les angiomes en voie de croissance active et atténués dans les angiomes fixes.

Campart y a décrit une multitude de *granulations pigmentaires* que Panas, (2) a également rencontré.

3° *Alvéoles.*

Les alvéoles sont pleines tantôt à moitié, tantôt entièrement de sang pur.

Cornil et Ranvier ont fait remarquer que ce sang est très riche en globules rouges et pauvre, au contraire, en globules blancs.

Eloui a constaté que les globules blancs étaient épars dans la masse sanguine au lieu de se placer à la périphérie comme dans les capillaires.

Le petit nombre des globules blancs et leur défaut d'adhérence aux parois vasculaires indiquent l'activité de la circulation, car en vertu de la propriété adhésive que possèdent les globules blancs, il faut une impulsion très forte pour les empêcher de s'attacher aux parois.

On trouve fréquemment des concrétions calcaires ou *phlébolithes* qui, débarrassés de la chaux qui les entoure présentent à la coupe l'aspect suivant : couches concentriques de lamelles conjonctives avec de rares noyaux brillants.

(1) Ménétrier. Cancer, p. 435.

(2) Panas. anat. path. de l'œil.

A ce point de vue l'observation de Fehr est particulièrement intéressante.

Les avis sur la *genèse* des angiomes caverneux sont partagés :

D'après Rokitanski le tissu aréolaire se développe dans le tissu conjonctif indépendamment du système circulatoire et ne communique avec les vaisseaux que dans une phase ultérieure. Il pense donc que le sang dans ces tumeurs est un produit autochtone.

Au contraire, l'avis de Virchow est qu'il s'agit dans le développement de ces tumeurs d'une ectasie des capillaires qui en se développant arrivent au contact les uns des autres et dont les parois amincies se résorbent au point de contact. Il s'établit ainsi de larges communications entre eux.

Ainsi dans son développement l'angiome passe par deux phases :

1° Formation de capillaires nouveaux qui s'allongent et se dilatent.

2° Production d'un tissu caverneux par rupture et résorption des parois vasculaires.

Rindfleisch fait jouer dans cette transformation de l'angiome simple en angiome caverneux un grand rôle au tissu fibreux : ce tissu en se rétractant amènerait d'une façon mécanique la dilatation des vaisseaux.

En résumé, l'angiome simple diffère de l'angiome caverneux par les caractères suivants :

L'angiome simple est sans limites précises tandis que l'angiome caverneux est limité dans la grande majorité des cas par une capsule.

Dans l'angiome simple les capillaires subsistent même étant très dilatés et ayant subi de profondes modifications, tandis que le caractère essentiel des angiomes caverneux est d'être constitué par un système de cavités remplies de sang.

L'angiome simple est le plus souvent congénital à la différence de l'angiome caverneux qui naît ordinairement dans la jeunesse, mais n'est congénital que très rarement (2 cas seulement connus par Virchow). Dans leurs antécédents on retrouve fréquemment une prédisposition congénitale sous forme de petites taches télangiectasiques.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

La pathogénie des angiomes n'est connue que depuis Virchow et sa théorie est universellement admise.

Il explique la formation des angiomes par l'oblitération irrégulière des fentes branchiales à la suite de l'altération de la poussée vaso-formative sous l'influence de causes très diverses et incomplètement connues comme : maladies fœtales, traumatismes intra-utérins, troubles circulatoires maternels. C'est ce qui explique leur prédilection pour l'extrémité céphalique qui est la région des fentes branchiales et en même temps la coexistence d'angiomes orbitaires avec des télangiectasies labiales, palatines, gingivales et avec d'autres malformations. *L'angiome orbitaire est une malformation de l'appareil circulatoire vasculaire consécutive à l'action*

d'un agent irritant quelconque sur les bourgeons très vasculaires qui doivent former l'orbite. « Des états très légèrement irritatifs, dit Virchow, peuvent suffire pour déterminer sur les bords et au pourtour de ces fentes qui sont très richement vascularisées un développement vasculaire plus fort qui peut apparaître sous forme de nævi ».

Ainsi se produisent les angiomes fissuraux, comme les nomme Virchow en raison de leur formation au niveau des fentes branchiales.

Mais certains angiomes n'apparaissent qu'à un âge plus avancé comme d'ailleurs beaucoup d'affections congénitales qui peuvent rester latentes pendant de longues années et ne se manifester que sous l'influence de causes nouvelles.

En naissant l'enfant apporte une prédisposition due au développement vicieux des fentes branchiales et cette prédisposition entraîne lentement des modifications dans l'appareil circulatoire local qui peuvent exister longtemps avant d'entraîner la formation d'angiome et d'attirer ainsi l'attention du sujet.

Ces désordres circulatoires évoluent progressivement : entre les vaisseaux afférents et efférents les capillaires s'allongent et se dilatent et il s'établit par des vaisseaux dérivatifs une communication facile entre les artères et les veines. L'augmentation du nombre des capillaires, leurs modifications, la contractilité de leur parois expliquent la variabilité de vitesse du courant sanguin.

Lagrange (1) fait une hypothèse intéressante en con-

(1) Lagrange. Traité des tumeurs de l'œil, t. II, p. 640.

sidérant l'angiome orbitaire comme une conséquence de l'atavisme. « En effet, dit-il, chez certains animaux on trouve à la terminaison de l'ophtalmique un réseau vasculaire extrêmement fin et dense naissant brusquement de l'extrémité de l'artère. Les angiomes orbitaires pourraient être considérés comme les vestiges de ces réseaux. ».

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE

L'angiome de la conjonctive d'après Saemich et War-drop constitue dans la grande majorité des cas une *affection congénitale* observée dès la naissance ou dans le bas âge.

Mais beaucoup de chirurgiens ont été consultés pour la première fois par des malades entre la 11^e et 12^e année ; à cet âge l'organisme subit des transformations importantes et une tumeur préexistante jusqu'à là ignorée peut prendre un développement considérable et attirer seulement alors l'attention du sujet.

En dehors de ces angiomes congénitaux faut-il admettre l'existence d'autres angiomes ?

Au Congrès International des Sciences Médicales de 1902 Dubreuilh a attiré l'attention sur quelque cas d'angiomes séniles. (obs. 14).

Enfin certains angiomes paraissent avoir une origine traumatique (obs. 8, 10).

Les localisations principales des angiomes sont la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. On en trouve parfois cependant sur les muqueuses, dans les os, dans le crâne et exceptionnellement dans les viscères.

Dans l'œil les angiomes peuvent se localiser sur le bulbe, ses annexes on même envahir l'orbite. Les angiomes palpébraux sont de beaucoup les plus fréquents.

Nous ne nous occuperons que des angiomes de la conjonctive qui de tous les angiomes orbitaires sont les plus rares.

Le sexe ne semble jouer aucun rôle dans l'étiologie des angiomes de la conjonctive contrairement à ce qu'on remarque pour les autres angiomes qui s'observent surtout chez les femmes.

L'œil droit et l'œil gauche sont atteints dans des proportions égales.

Chez un grand nombre de malades l'angiome de la conjonctive est lié à d'autres télangiectasies (obs. 5, 7, 9, 12, 17, 31, 32, 33, 34, 35).

Les angiomes de la conjonctive sont d'après Virchow le plus souvent secondaires aux angiomes des paupières, mais ils peuvent s'y localiser primitivement.

Très souvent ils ne dépassent pas la forme de nævi simple (1).

Le siège de prédilection des angiomes de la conjonctive est l'angle interne de l'œil et principalement le repli semi-lunaire et la caroncule.

(1) O. Fchr. Archiv. für ophtalmologie. 1897.

Cette localisation s'explique par l'embryologie : le repli semi-lunaire étant un rudiment de la 3^e paupière ou membrane clignotante des oiseaux et la caroncule étant une formation anatomique où se réunissent divers éléments du bord ciliaire et une glande lacrymale. Ces deux formations se rattachent donc topographiquement et histologiquement aux paupières.

Nous ne nous étendrons pas sur ce point qui n'est pas en rapport immédiat avec le sujet de notre thèse.

Malgré cette localisation principale on constate la présence d'angiomes sur tous les points de la muqueuse conjonctivale : cul de sac conjonctival inférieur (obs. 2), partie externe de la conjonctive. (Obs. 10, 19, 32, 26), cul de sac conjonctival supérieur (obs. 36).

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

Nous distinguerons avec Lagrange deux variétés principales d'angiomes :

1° *Le nævus plan* se présente sous forme d'une tache rouge ou bleuâtre sans saillie appréciable ne changeant pas de coloration et ne devenant pas turgescence sous l'influence des efforts et des cris.

2° *Le nævus tubéreux* qui peut être pédiculé ou sessile.

Il se présente sous forme d'une petite tumeur plus ou moins saillante au-dessus de la conjonctive, de forme lobulée, à surface lisse ou mamelonnée, ayant dans ce cas l'aspect d'une fraise ou d'une framboise.

La couleur varie du rouge vif au violet sombre, changeant sous l'influence des cris, des efforts et de la position déclive.

Le volume de la tumeur varie ordinairement de la dimension d'une lentille à celle d'un haricot.

Mais exceptionnellement elle peut atteindre un volume beaucoup plus considérable. Celinski a observé un cas où l'angiome descendait jusqu'à la bouche. (Observation 4).

Dans certains cas la tumeur possède à un haut degré l'érectilité passive succédant aux cris, à une position déclive ou active résultant d'un attouchement ou d'une excitation psychique. Elle diminue rarement de volume par compression.

La surface de l'angiome est lisse et luisante à cause du revêtement conjonctival.

La petite tumeur est de consistance molle et élastique. On peut dans certains cas mettre en évidence la présence de phlébolithes (obs. 22).

La tumeur est mobile sur la sclérotique. Si elle semble adhérer aux plans profonds c'est qu'il y a envahissement des muscles de l'œil (obs. 26).

L'angiome caché derrière les paupières peut souvent passer inaperçu (obs. 18, 23, 30). Mais lorsqu'il est situé dans la fente palpébrale ou visible dans les mouvements extrêmes d'abduction et d'adduction de l'œil il attire tout de suite l'attention (obs. 32 et 33).

Les douleurs sont rarement signalées par les malades, mais dans certains cas elles peuvent être très violentes, comme dans le cas de Fehr (obs. 22).

Ces douleurs tiennent probablement à des compressions nerveuses ou à l'inclusion d'un nerf, dans l'épaisseur de la tumeur.

Les symptômes fonctionnels sont d'ordre mécani-

que et ne s'observent que lorsque la tumeur a atteint un certain volume.

Ces accidents sont :

1° Gêne de l'occlusion des paupières (obs. 4, 22).

La tumeur par sa présence constante devant la cornée peut amener à la longue des troubles de la vision.

2° Strabisme qui apparaît quand il y a envahissement des muscles de l'œil par l'angiome (obs. 15, 20, 24, 26).

3° Hémorragies.

La sensation continuelle de corps étranger sous la paupière incite le malade à se frotter l'œil, ce qui entraîne souvent la production de petites hémorragies qui sont dans la majorité des cas très légères (obs. 10, 14, 16, 28), mais qui peuvent devenir quelques fois inquiétantes par leur abondance (obs. 31).

CHAPITRE VI

ÉVOLUTION

La marche des angiomes de la conjonctive est excessivement variable. Certains restent indéfiniment petits, sous forme de nævi ; d'autres augmentent considérablement de volume. Cet accroissement a des caractères différents suivant les cas :

1° *Accroissement intermittent.* — Il se produit tantôt sans cause appréciable, tantôt il coïncide avec certains phénomènes physiologiques tels que la puberté, la grossesse, l'allaitement, la menstruation. Dans l'observation de Fehr (29) et dans celle de Leber (11) on constate très nettement l'influence de grossesse. Virchow avait déjà observé cette influence particulière : il cite le cas de Follin où un angiome de la face et des lèvres acquit un volume considérable pendant la gravidité.

2° *Accroissement lent et constant.* — (Observations 8, 22, 23, 26).

3° *Accroissement rapide.* — L'observation de Handmann, dans laquelle l'angiome a pris en trois semaines un volume si considérable qu'il nécessita l'énucléation, est particulièrement intéressante à ce point de vue. Mais une évolution de ce genre est tout à fait exceptionnelle.

A côté des angiomes qui augmentent simplement de volume, il en est d'autres qui ont une marche envahissante. Certains peuvent envahir la conjonctive avoisinante, la musculature de l'œil et même l'orbite.

Dans certains angiomes, les parois des artères et des veines voisines s'altèrent sous l'effet des communications trop faciles qui s'établissent entre elles. Ces vaisseaux se dilatent et l'angiome se transforme en anévrisme cirsoïde. (Lagrange.)

La tumeur peut disparaître spontanément dans les premiers mois qui suivent la naissance. Mais si la guérison ne s'est pas produite dès cette époque on ne doit plus l'espérer. Cependant Kroschinski croit que la rétrocession spontanée peut se produire à tout âge, dans le cas d'angiome pédiculé, et il en fournit un exemple (obs. 19).

Les cas de récurrence après l'opération sont peu fréquents. Mais on peut en citer des cas indéniables (obs. 1, 10, 31).

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

La possibilité d'une guérison spontanée, constatée dans quelques cas les premiers mois après la naissance, autorise la temporisation de l'intervention pour certains cas d'angiomes stationnaires. Mais, dès que la tumeur prend un développement plus considérable, il faut intervenir.

Les méthodes de traitement des angiomes sont très nombreuses, mais la plupart d'entre elles ne présentent plus qu'un intérêt historique.

Nous les diviserons, d'après Broca, en trois groupes :

I. *Méthodes atrophiantes* qui comprennent la ligature des branches et des troncs artériels afférents à la tumeur et la compression de cette dernière.

La ligature a été employée par Galezowski, Reich, Rampoldi (obs. 11, 12, 19). A ce dernier auteur elle a donné des résultats défavorables.

II. Les *méthodes perturbatrices* ont dû être, d'après l'avis de Quénu (1), inspirées par l'observation des malades chez lesquels on a vu la guérison survenir à la suite de l'inflammation de leur angiome.

Le mécanisme de la guérison est assez simple : la prolifération conjonctive qu'on détermine aboutit à la formation d'un tissu cicatriciel qui étouffe les vaisseaux et amène leur oblitération.

Ces moyens sont rangés en deux catégories :

a). Moyens qui agissent à la surface.

Ils sont très nombreux et nous n'en citerons que quelques-uns :

Badigeonnage au collodion, teinture d'iode, huile de croton, etc., et attouchements au natriuméthyle préconisés par Snell (obs. 17 et 18) auquel ils ont donné des résultats favorables.

b) Moyens qui agissent à l'intérieur :

1° Incisions et excisions partielles ;

2° Injections de perchlorure de fer qui ont été employées par Blessig. (obs. 8). Cette méthode est considérée comme dangereuse car elle peut entraîner une violente réaction de la conjonctive environnante. On n'y a plus recours.

3° Caustiques chimiques, comme par exemple le nitrate d'argent, qui a été employé par Dimmer et Talko (obs. 7 et 9).

4° La cautérisation par le fer rouge a été préconisée sous forme d'ignipuncture à plat par

(1) Quénu. Traité de Chirurgie, art. Tumeurs, t. I, p. 500:

Van Duyse. Il cite le cas d'un enfant de trois ans opéré par ce moyen d'un vaste angiome de la paupière. La guérison fut absolue après deux séances. Il a eu l'occasion de revoir le malade 21 ans plus tard et la peau de la paupière ne présentait qu'un indice sous forme de cicatrice blanche.

5° Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'exemples de traitement d'angiome de la conjonctive par le rayon X et le Radium qui sont employé pour les angiomes cutanés.

6° L'*électrolyse* a été employé la première fois par Martin pour la cure d'un angiome du grand angle de l'œil. Elle s'emploie sous deux formes : unipolaire et bipolaire.

Pour faire l'*électrolyse unipolaire* on met l'électrode positive en rapport avec une aiguille enfoncée dans la tumeur, et l'électrode négative, sous forme d'une plaque d'étain recouverte d'une peau de chamois mouillée et appliquée loin de l'angiome.

Pour faire l'*électrolyse bipolaire* on enfonce à la base de la tumeur, dans des parties diamétralement opposées, les deux aiguilles. On fait passer lentement un courant de 15-20 milliampères pendant 2-3 minutes et on constate que l'angiome modifie sa consistance. Cette petite opération répétée tous les 15 jours amène au bout de plusieurs semaines une transformation de l'angiome en escharre.

III. *La méthode destructive* comprend seulement l'*extirpation* qui se fait après ligature de la tumeur, précaution utilisée pour éviter une hémorragie.

Actuellement les méthodes de choix sont l'électrolyse et l'extirpation. Elles ont chacune leurs indications : l'électrolyse est indiquée pour les angiomes superficiels et étendus et l'extirpation est indiquée pour les angiomes circonscrits et pédiculés ou profonds.

Mais l'électrolyse présente certains avantages : elle n'est pas douloureuse, ne nécessite pas la chloroformisation et ne présente aucun danger d'hémorragie, ni primitive, ni secondaire.

CHAPITRE VIII

TRANSFORMATIONS DES ANGIOMES

Certains angiomes ne restent pas indéfiniment à l'état de tumeurs vasculaires pures, mais subissent diverses transformations tantôt bénignes, tantôt malignes .

I. Transformations bénignes

Transformation lipomateuse, que Broca a décrit. Les tumeurs érectiles renferment fréquemment des vésicules de tissu adipeux qui peuvent s'accroître anormalement. Dans ce cas le nævus perd ses premiers caractères et se rapproche beau coup des lipomes.

Mais il est rare que l'altération adipeuse soit générale.

M. Quénu (1) admet nettement cette transforma-

(1) Quénu. Traité de Chirurgie art. Tumeurs. T 1. p. 439.

tion et considère qu'un certain nombre de lipomes congénitaux ne sont autre chose que des tumeurs érectiles dégénérées.

Cette transformation peut se produire dans les premières années après la naissance, ou seulement beaucoup plus tard.

Pour les angiomes orbitaires elle a été citée par Ahrens et van Duyse.

Cet angio-lipome présente à la coupe un aspect lobulé, jaunâtre avec de nombreuses cellules graisseuses entre les capillaires.

La transformation fibreuse des nævi doit être rapprochée de l'histoire des fibromes congénitaux. Que le fibrome soit greffé sur un nævus vasculaire ou qu'il se développe spontanément, son origine paraît toujours être une malformation congénitale.

M. Hallopeau a observé chez une malade un nævus vasculaire du cou sur lequel siégeaient une vingtaine de molluscums. Cette transformation peut résulter d'une sorte d'inflammation d'où production de tissu de sclérose qui étouffe les vaisseaux.

Nous en avons des exemples dans les observations : 16 et 29.

Transformation kystique. — Deux théories sont en présence : pour Holmes Coote, Birckertcht, Laboul-dène, Cornil et Ranvier, Yersin les angiomes peuvent subir la transformation Kystique ; les kystes communiquant ou non avec les vaisseaux, mais ils ont une origine vasculaire certaines.

D'après d'autres auteurs parmi lesquels Virchow,

Broca, Lannelongue elle est très rare ; le plus souvent il y a dans ce cas combinaison de lymphangiome avec l'angiome ou, simplement lymphangiome très vasculaire avec des hémorragies interstitielles.

La théorie généralement admise est celle d'Holmes Coote qui considère que les kystes se produisent par oblitération d'un segment vasculaire qui se dilate consécutivement ; le sang qu'il renferme se transforme et on ne retrouve au bout d'une certaine période de temps que du mucus et de la sérosité.

La cavité kystique est tapissée par la couche endothéliale du segment vasculaire dilaté.

Nous pouvons signaler comme exemple de cette transformation l'observation de Reis (27).

La dégénérescence calcaire se produit par suite d'un ralentissement de la circulation. Elle est liée à une altération des parois vasculaires. Il se produit des concrétions calcaires que Lisfranc en 1835 a décrit sous le nom de *phlébolithes* et qui se rencontrent dans beaucoup d'angiomes caverneux.

Rindfleisch, Billroth, Lancreaux les attribuent à une transformation de la fibrine.

Cornil (1) considère qu'il y a simplement bourgeonnement fibreux de la paroi qui subit ensuite une dégénérescence calcaire.

Ce processus est favorable, mais amène rarement la guérison, car les phlébolithes sont ordinairement en petit nombre (obs. 22).

(1) Cornil. Soc. d'anatomie 1890. p. 225.

II. Transformations malignes

La dégénérescence cancéreuse des nævi est depuis longtemps admise et a été démontrée par de nombreuses observations.

Etant donné que les nævi sont des malformations embryonnaires, elle peuvent renfermer des ilots de cellules embryonnaires susceptibles de se réveiller après une période latente plus ou moins prolongée et de donner ainsi naissance à des tumeurs.

MM. Monod et Arthaud (1) citent à ce propos la théorie de Conheim pour expliquer ainsi l'origine des néoplasmes qui se développent aux dépens de ces malformations congénitales. D'après cette théorie, « toutes les véritables tumeurs sont le résultat d'un vice de développement embryonnaire ».

Ces ilots embryonnaires multiples n'ont aucune relation avec le système nerveux régulateur de la nutrition et ils s'accroissent et se multiplient avec d'autant plus de facilité et de rapidité que le type sous lequel ils évoluent se rapproche davantage des premières phases de la vie embryonnaire.

Wintersteiner (2) fait jouer un rôle important aux influences extérieures dans la transformation des nævi en tumeurs malignes. Ainsi voit-on un cancer se développer à la suite d'un traumatisme ou sur une conjonctive parsemée de nævi, la dégénérescence cancéreuse se limiter à ceux de la fente palpébrale. Les

(1) Monod et Arthaud. Revue de Chirurgie, 1887.

(2) Wintersteiner. Arch. f. Ophtal. de Græfe, 1889, p. 328.

cancers d'origine nœvique sont des sarcomes ou des épithéliomas très souvent mélaniques.

La dégénérescence sarcomateuse s'observe dans diverses variétés de nœvi, mais principalement dans les nœvi vasculaires.

Cette transformation est fréquente et soulève une question importante d'anatomie pathologique générale : le sarcome est-il d'origine vasculaire ? De nombreux auteurs comme Monod, Pflüger, Cornil et Ranvier, Quénu, Renoul, Ménétrier et autres admettent cette théorie.

Cornil et Ranvier (1) formulaient que « dans certains angiomes il suffirait d'une multiplication plus abondante des cellules de la paroi pour qu'il existât des nappes cellulaires ininterrompues d'un capillaire à l'autre » et qu'il se produise ainsi une transformation de l'angiome en sarcome.

Ce développement sarcomateux se fait aux dépens soit de la paroi externe, soit de la paroi interne des vaisseaux, d'où la division des angio-sarcomes proposée par Lubarsch en intra-vasculaires et péri-vasculaires, ces derniers constituant la classe des péri-théliomes. Ces angio-sarcomes sont des néoformations doubles où l'on voit s'édifier simultanément des cavités vasculaires et des cordons cellulaires dont les plus internes, différenciés fonctionnellement, forment le revêtement endothélial des vaisseaux, et dont les périphériques constituent la paroi vasculaire et la masse même de la tumeur.

(1) Loc. cit.

La dégénérescence épithéliomateuse est assez rare pour les nævi vasculaires, contrairement à ce qu'il s'observe pour les nævi pigmentaires. Mais néanmoins les angiomes, ainsi que les nævi pigmentaires de la conjonctive, sont à l'origine de certaines tumeurs épithéliomateuses.

D'après Wolfrum (1) il existe une prédisposition congénitale à la formation des nævi, reconnaissable à la présence d'amas pigmentaires dans la couche basale de l'épithélium conjonctival.

Rappelons que nous avons constaté également des granulations pigmentaires dans la paroi des angiomes.

D'après les conclusions de cet auteur, le point de départ des tumeurs malignes de la conjonctive siège dans ces amas pigmentaires ou dans les cellules næviques qui les accompagnent.

Ces néoplasmes sont des épithéliomas, ainsi que le démontre Mlle Borch (2) dans sa thèse récente appuyée sur de nombreuses observations.

Ces épithéliomas se distinguent des autres cancers et ont ceci de particulier qu'ils sont intermédiaires entre le carcinome et le sarcome.

Sur la coupe d'une tumeur semblable on trouve des portions dont les travées persistantes délimitent des alvéoles contenant des cellules épithélioïdes de formes variées, affectant même par places une disposition vague de revêtement, tandis que dans d'autres

(1) Wolfrum. Von Graef's. Arch. f. ophtalm, vol. LXXI.

(2) Mlle Borch. Epithéliomas du limbe scléro-cornéen. Thèse de Paris, 1913-1914.

endroits les cellules néoplasiques ont remplacé tout le tissu préexistant et forment la paroi des vaisseaux, ayant par conséquent une structure sarcomateuse.

Presque tous les auteurs ont signalé ce polymorphisme dans la structure des néoplasmes d'origine nœvique, mais l'interprétation du phénomène varie avec chacun d'eux.

Pour les partisans de la théorie conjonctive des cellules nœviques, à la tête desquels se trouve Ribbert, ces tumeurs sont des mélanosarcomes.

Pour d'autres, les tissus épithélial et conjonctif entrent en jeu simultanément et ces tumeurs sont selon la prédominance de l'un ou de l'autre tissu tantôt des sarcomes, tantôt de carcinomes, tantôt enfin des tumeurs mixtes.

Mais M. Darier (1) a observé dans les nombreuses pièces qu'il a étudié que les cellules semblant sarcomateuses dérivent de l'épiderme.

Il en conclut que certains néoplasme nœviques tout en étant de nature épithéliale peuvent prendre occasionnellement l'apparence des sarcomes fasciculés.

Pour expliquer le dualisme des tumeurs nœviques Mlle Borch invoque le phénomène de *dédifférenciation cellulaire* que M. Champy (2) a récemment décrit à propos de ses expériences de culture des tissus *in vitro*. Cet auteur paraît avoir démontré que toutes

(1) Darier. Des nœvo-carcinomes. S. du cancer. 21 novembre 1913.

(2) Champy. Presse médicale. Février 1914.

les fois que des éléments cellulaires quelconques se trouvent libérés de l'influence du reste de l'organisme, ce qui est le cas des nævi, ils tendent à se multiplier indéfiniment et finissent par perdre petit à petit leurs caractères spécifiques pour arriver à une forme qu'il est impossible d'identifier au point de vue histologique.



FIG. 1

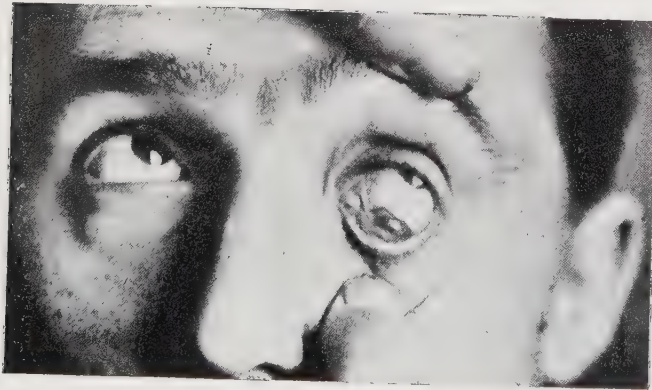


FIG. 2

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

Service du Professeur de LAPERSONNE à l'Hôtel-Dieu.

Jeanne R..., âgée de 40 ans, infirmière à Forges-les-Bains.

Vers l'âge de 5 à 6 ans, on s'aperçut de la présence d'une petite tumeur, grosse comme un grain de blé, mais ronde, de couleur rosée et qui faisait saillie entre les paupières au niveau de la caroncule de l'œil droit. Cette petite tumeur a atteint progressivement la forme et le volume d'un haricot.

Elle fut enlevée une première fois en 1902 au thermocautère à Forges les Bains.

La destruction semblait complète, néanmoins il y eut récédive et 2 ans après on dut pratiquer une nouvelle intervention à l'Hôtel-Dieu.

Ablation après dissection. — Grosse hémorragie pendant l'opération.

Aujourd'hui le 25 avril 1914, la malade se présente pour une deuxième récédive. La caroncule augmentée de volume dans le sens transversal surtout, est entourée par une conjonctive surélevée dans toute la région de l'angle interne de l'œil et entourée par de nombreux vaisseaux dilatés, présentant par places des suffusions sanguines. (Fig. 1)

OBSERVATION II (inédite)

Service de M. TERRIEN à l'hôpital des Enfants Malades

Angiome du cul de sac conjonctival inférieur.

Louis M..., infirmier à l'Hôpital Necker, âgé de 25 ans, vient consulter à l'hôpital des Enfants Malades pour une tumeur de la paupière inférieure qu'il aurait eu depuis sa naissance, mais qui aurait un peu augmenté de volume vers l'âge de 12 ans.

La paupière et la configuration extérieure du globe oculaire paraissent normaux des deux côtés, mais quand on abaisse la paupière inférieure gauche on voit à la partie moyenne du cul de sac conjonctival inférieur, une tumeur d'un rouge vineux du volume d'une noisette, s'étalant à sa base dans le cul de sac conjonctival et se terminant par une extrémité effilée.

La consistance est demi molle-rénitente. Le malade ne ressent aucune douleur.

Ablation après anesthésie locale ; la tumeur est disséquée assez facilement et extirpée en totalité.

Malheureusement, un accident arrivé à la pièce, ne permit pas l'examen anatomique. (Fig. 2)

OBSERVATION III (résumée)

DUBOIS, (Annales d'occulistique xxxiv 1855).

Jeune fille âgée de 15 ans, portant un *nœvus* maternel sur la conjonctive bulbaire de l'œil droit entourant toute la cornée.

Il est de couleur lie de vin, plus foncé vers la partie inférieure, ou il se confond avec le pli semi lunaire.

Au dire de la malade, cette affection ne paraît pas avoir augmenté d'importance depuis sa naissance, et ne gêne en rien les fonctions visuelles.

Pas de traitement.

OBSERVATION IV (résumée)

CELINSKI, (Von Ammon Klin. Darstellungen II fall IX

Tumeur mûriforme, violette, d'étendue énorme, partant de la caroncule et s'appliquant solidement contre la paupière inférieure. Elle recouvre presque tout l'œil et descend jusqu'à la bouche. Celinski l'appelle prolifération telangiectasique de la caroncule. Pas de données sur le développement, le traitement et l'anatomie pathologique. Vraisemblablement, il s'agit d'un angiome pur.

OBSERVATION V (Résumée)

SCHIRMER, (Arch. f. Ophtalm. T. VII H. I p. 119

Un homme âgé de 36 ans, qui avait depuis sa naissance de larges telangiectasies faciales, labiales, gingivales et palatines. A l'œil gauche les deux paupières étaient atteintes de telangiectasies s'étendant jusqu'à la conjonctive palpébrale. Les telangiectasies apparaissent sur la conjonctive bulbaire, au-dessous de la cornée sans être en relation directes avec les précédentes. Le fond de l'œil montrait des varicosités rétiniennes. L'œil depuis la naissance était très peu sensible à la lumière.

OBSERVATION VI (Résumée)

BLESSIG. S. Petersburger med. Zeit, 1867. II. p. 312.

Chez un homme de 24 ans, une tumeur noirâtre qui faisait saillie entre les paupières. Elle était arrondie et recouvrait toute la moitié inférieure du globe de l'œil en masquant une portion de la cornée. Cette tumeur, dans laquelle se perdait la conjonctive était irrégulièrement lobulée, mollassse et aisément compressible.

Au voisinage de la cornée, cette tumeur contenait 2 concrétions de la forme de grains de plomb et la conjonctive ambiante montrait plusieurs nodosités de la grosseur d'une lentille ou d'un pois. Ces petits boutons bleuâtres ne communiquaient nulle part visiblement avec des vaisseaux conjonctivaux, ce qui fit supposer qu'on avait affaire à une dilatation des vaisseaux capillaires de la conjonctive sans participation des gros vaisseaux épiscléraux.

A part cette altération morbide, dont l'origine remonte à l'âge de 4 ou 5 ans et qui ne s'était développée que très progressivement, l'œil et ses annexes parurent sains.

Une première injection d'une goutte de chlorure de fer à 12 p. 100 fut suivie d'une réaction très violente avec injection considérable de la conjonctive et chémosis, douleurs ciliaires intenses et vomissements occasionnés peut-être par la thrombose instantanée due à l'injection et par la compression des nerfs. 3 autres injections complétèrent la cure radicale.

OBSERVATION VII (Résumée)

TALKE. Klinische Monatsblatt von Zehender, 1873. p. 330

Un enfant de 7 mois présente sur l'œil gauche une tumeur rouge bleuâtre de la grosseur d'un haricot, à 5^{mm} en dehors du bord cornéen inférieur et externe. L'enfant était venu au monde avec la tumeur sous forme d'un nævus gros comme la tête d'une épingle ; une tâche sanguine semblable existe sur l'épaule.

Comme la sclérotique était intéressée, l'excision ne fut pas faite complètement. On cautérisa plus tard la plaie avec le nitrate d'argent et le perchlorure de fer. Cependant au bout de quelques temps la tumeur avait repris son volume primitif, mais elle disparut (sauf une tâche bleuâtre) au bout de 2 mois sans traitement, à la suite probablement de l'oblitération des vaisseaux nourriciers.

OBSERVATION VIII (Résumée)

GALEZOWSKI. — *Tumeurs érectiles de la partie scléroticale de la conjonctive.* (Recueil d'opht. 1873).

Tumeur siégeant dans l'angle interne de l'œil ; elle reposait sur la sclérotique sans lui adhérer fortement. Elle se serait produite, au dire du malade, à la suite d'une chute sur une pierre. Elle se composait de 5-6 lobules de couleur violette. Elle diminuait par compression. Guérison par double ligature.

OBSERVATION IX (Résumée)

DIMMER. Prager, med. Wochenschrift, p. 34.

Chez une jeune fille de 19 ans on constate une tumeur rouge sombre qui entoure comme un chemosis la moitié inférieure de la périphérie cornéenne. Elle fait saillie hors de la fente palpébrale et repousse la paupière en avant et en dehors. La tumeur est mobile sur la sclérotique ; sa surface est lisse et luisante, pourvue de nombreuses bosselures. Sa consistance est molle. Elle s'est développée sur un petit naevus congénital à l'angle interne de l'œil. La tumeur est en relation avec une lésion vasculaire de la peau de la face également congénitale. Elle s'étend profondément dans l'orbite et dans la région du droit interne.

La tumeur fut liée en 3 temps à 5 endroits différents et on obtint ainsi un fort aplatissement. Les nombreux nodules rouge bleuâtres qui persistaient furent touchés avec le crayon au nitrate d'argent, l'un d'eux fut traversé par un fil imbibé de chlorure de fer ; d'autres plus consistants furent excisés avec des bandes de la conjonctive. Des scarifications furent nécessaires jusqu'à la disparition de tout le tissu angiomateux. Guérison durable.

OBSERVATION X (résumée)

RUVIOLI. Annali di ottalmologia, 1876

Angiome pédiculé de la partie externe de la conjonctive

Un paysan de 30 ans se présente à la consultation avec une tumeur pédiculée de la partie externe de la conjonctive de l'œil gauche. Cette tumeur, de la grosseur

d'un demi grain de café, est sans adhérence avec la sclérotique ni avec la cornée dont elle touche le bord. Sa couleur est sombre et elle saigne au moindre contact. La tumeur s'est développée depuis deux ans, à un endroit où de nombreuses années auparavant s'était formée une ecchymose traumatique qui avait été très lente à disparaître. Le sujet ressentait du fait de la tumeur une légère gêne dans le mouvement des paupières, mais il ne se plaignait d'aucune douleur.

La tumeur fut enlevée d'un coup de ciseaux, mais récidiva très peu de temps après, à la même place, sans que la petite plaie se fut encore cicatrisée. La conjonctive était soulevée tout autour sous forme de chemosis. Ruvioli se contenta d'enlever la portion œdématisée de la muqueuse ambiante dans l'espoir de voir s'atrophier le néoplasme faute d'aliments.

Le petit angiome se ratatina puis disparut et fit place à une cicatrice lisse et brillante.

OBSERVATION XI (résumée)

LEBER 1880.—Varix subconjontivalis
(Graefe's Archiv. xxvi. 3. p.195.)

La femme âgée de 25 ans, présente à l'œil droit depuis sa 8^e année une petite tumeur grosse à l'origine comme une tête d'épingle. Entre la 14^e et la 15^e année cette tumeur devient plus rouge et atteint le volume d'une lentille. Elle resta ensuite stationnaire jusqu'à la 20^e année où à la suite d'un premier accouchement laborieux, elle s'accrût. Il en fut de même à 24 ans à la suite d'un nouvel accouchement. Au moment de l'examen, la tumeur

qui a une coloration bleue rougeâtre est grosse comme une noisette. Elle s'étend de la caroncule jusqu'à environ 3 millimètres de la cornée. La femme présente un strabisme divergent et sursumvergent. On peut écarter la conjonctive de la tumeur. Quelques petites cavités ectasiées, remplies de sang s'étendent autour d'elle jusqu'à l'équateur. La vision est normale.

Un essai de traitement par ligature échoua. On procéda alors à l'extirpation.

L'examen anatomique montra qu'il s'agissait d'un sac veineux avec des varicosités et de nombreuses cavités en forme de fissures.

OBSERVATION XII (résumée)

HORROCKS 1883. — A case of facial and ocular naevus (Trans. ophtalm. society. Unit. Kingd. Tome III, p. 106)

Une fillette de 6 ans est atteinte d'une hémiplegie du côté gauche. Elle a chaque jours des crises d'épilepsie. Le côté droit de la figure, le front et les paupières sont recouverts par un gros naevus sanguin qui s'étend également à la conjonctive de l'œil droit. Le fond de cet œil présente une dilatation serpigineuse des vaisseaux. La choroïde est normale.

Nettleship prétend que ce sont les vaisseaux ciliaires qui ont augmenté de volume.

OBSERVATION XIII (Résumée)

Rampoldi et Stefanini 1883. — Angiomè du cul-de-sac conjonctival.

(Annali di ottalmologia. Tome XIII. Fasc. 1.)

Le malade présente sur le cul-de-sac conjonctival une tumeur ayant la forme d'un clavier. Cette tumeur,

habituellement cachée, vient parfois avec les mouvements de l'œil déborder la paupière et se placer devant la cornée dont elle atteint presque la limite inférieure. Sa couleur est jaune citron. Mais lorsqu'on voulut la prendre avec une pince pour l'examiner sa couleur changea et devint rouge sanguin à cause d'une extravasation sanguine. Au moment de l'extirpation elle donna issue au point d'incision à quelques gouttes de sang.

L'examen anatomique montra qu'il s'agissait d'un angiome caverneux.

OBSERVATION XIV (Résumée)

RAMPOLI et STEFANI. — Toidem

Angiome caverneux de la conjonctive avec diffusion vers la caroncule.

Un homme âgé de 53 ans, présente une tumeur siégeant sur la caroncule lacrymale et sur la conjonctive. Une tentative de destruction de la tumeur par ligature a échoué. Sa forme et sa grosseur sont celles d'une framboise. Sa couleur est celle du café brûlé. Sensation de corps étranger dans l'œil, qui entraîne une certaine gêne. Quelques gouttes de sang filtrent de temps en temps de la tumeur. Sur son pourtour la conjonctive est hyperémiée.

La tumeur fut largement enlevée et la plaie guérie par première intention.

Examen anatomique :

La tumeur semble comme partagée en 2 lobes par

une cloison formée d'une couche de cellules épithéliales de la conjonctive, comprimées par la tumeur. Le lobe qui se trouve du côté de la conjonctive est plus grand que l'autre qui, quand la tumeur est en place, occupe la région de la caroncule.

Au microscope on voit qu'il s'agit d'un tissu caverneux constitué par des fibres disposées en réseau dont les mailles sont remplies de globules rouges et de leucocytes.

Le tissu néoformé a son origine dans la conjonctive parce que sur une grande étendue la tumeur se montre recouverte exclusivement par de l'épithélium conjonctival, les autres éléments étant remplacés par le réseau capillaire.

Le tissu néoformé a envahi par endroits la caroncule.

OBSERVATION XV (résumée)

BOCH 1892. — Angioma cavernosum
Centralblatt p. Augenh. Bd xvi p. 271

Un enfant âgé de 6 ans présente depuis 2 ans une coloration bleuâtre à la racine du nez. Il y a six mois, cette tâche commença à empiéter sur la paupière gauche.

La caroncule a augmenté de volume et fait saillie avec l'aspect d'une baie de couleur violet foncé.

Quelques temps après l'enfant présenta de l'exophtalmie et du strabisme par paralysie du droit interne.

OBSERVATION XVI (résumée)

ZIMMERMANN 1894. — Beitrag zur Kenntnis der pathologischen. Anatomie der polypoiden Neubildungen der Conjunctiva. Fall III. — Klinische Monatsb. für Augenh. T. XXXII p. 379

Hermann K... âgé de 11 ans, semble souffrir d'une légère hémophilie.

A la paupière supérieure gauche se trouve sur la conjonctive tarsale une petite tumeur pédiculée qui saigne très facilement.

Extirpation suivie de guérison.

L'examen histologique révèle un fibrome mou très riche en sang. Une partie des cellules épithéliales est transformée en cellules caliciformes.

OBSERVATION XVII (résumée)

SNELL 1893. — Naevus of thea plica semilunar. Trans. Opht. Soc. Un. Kingd. Bd XIII p. 39.

Une jeune fille de 20 ans présente à la face interne de la lèvre supérieure, au voile du palais, à la face interne de la joue et au pharynx des nævi sanguins.

Trois fois, sa paupière gauche est devenue spontanément noire.

Il y a deux ans, une petite tache rouge apparut à l'angle interne de l'œil.

A l'examen on constate sur le pli semi lunaire une tumeur en forme de haricot, dont la concavité est dirigée vers la cornée qui n'est traversée que par quelques vaisseaux. La tumeur est lisse, de couleur rouge pourpre.

Comme traitement on fit à six reprises des attouchements au natriuméthyle avec un intervalle de 8 jours entre chacune d'elles.

Guérison.

OBSERVATION XVIII (résumée)

SNELL.— Nævus of Conj. and Orbit. abid. p. 41

Un enfant de quatre mois et demi présente à l'angle interne de l'œil et à la partie supérieure de l'orbite droite une coloration bleuâtre. Quelques vaisseaux dilatés partent de l'angle interne de l'œil en se portant vers la cornée dans la profondeur de laquelle ils disparaissent.

Lorsque l'enfant crie, toute cette région devient plus foncée et augmente de volume.

Comme traitement on fit 4 fois des attouchements au natriuméthyle.

Guérison même des points profonds.

OBSERVATION XIX (résumée)

KROCHINSKI. - Beitrag f. Augenheilkunden XIII 1894

Angiome pédiculé de l'angle externe de l'œil.

X..., présente sur l'angle externe de l'œil une tumeur pédiculée, de la grosseur d'un petit pois.

La pédicule est extrêmement mince.

Les vaisseaux qui traversent la tumeur sont en partie oblitérés, ce qui a amené une gêne de la circulation avec des hémorragies multiples dans la petite tumeur.

Krochinski attribue ce processus d'élongation et d'atrophie consécutive du pédicule aux effets du clignotement et il croit qu'il serait survenu ainsi une élimination spontanée de la tumeur.

OBSERVATION XX (résumée)

BOSSALINO et HALLAUER. — *Angiome cavern ux de l'angle interne avec envahissement du droit interne.*

Archive für ophtalm. 1895 Bd XII p. 3

Le malade âgé de 17 ans, présente du côté nasal de la fente palpébrale une tumeur rouge-bleuâtre, élastique, de la grosseur d'un haricot, visible surtout quand le malade regarde en dehors. Le pli semi lunaire et la caroncule recouvrent la tumeur.

Elle s'est développée en 5 ans.

Pendant l'opération on trouve que la tumeur adhérait intimement au droit interne.

Examen anatomique.

Dans le stroma d'un angiome caverneux typique on trouve d'abondantes fibres musculaires striées.

La tumeur doit donc s'interpréter comme un angiome caverneux ayant pris naissance principalement dans le droit interne et accessoirement dans la conjonctive.

OBSERVATION XXI (résumée)

ALT. 1895. — *Angiome caverneux du cul de sac conjonctival inférieur.*

American journal of ophtalmologie.

Un malade nègre, âgé de 21 ans, présente dans le pli de passage de la paupière inférieure une néoformation

allant d'un canthus à l'autre. Cet œil avait été rendu phtysique par une blessure antérieure.

La tumeur est lobulée et de couleur rouge brunâtre.

Extirpation. — Le microscope démontra qu'il s'agissait d'un angiome caverneux à son début.

La couleur brunâtre était produite par un dépôt de particules de fer et de charbon : le malade nettoyait les wagons de chemin de fer.

OBSERVATION XXII (résumée)

O. FEHR. 1897. — *Angiome caverneux de la conjonctive bulbaire.* (Arch. fur ophthalm. p. 264)

La femme Anna M. se présente à la polyclinique du professeur Hirsschberg avec une grosse tumeur de l'œil gauche qui depuis quelques années augmente de volume et lui cause de fortes douleurs.

La tumeur s'est développée sur un petit nævus congénital siégeant sur la conjonctive au-dessus de la cornée.

Il était entièrement recouvert par la paupière supérieure.

Jusqu'à l'âge de 6 ans cette tâche, grosse comme une tête d'épingle, resta stationnaire.

Mais à partir de cet âge elle se mit lentement à s'étendre de telle sorte qu'à l'âge de 12 ans elle devint visible dans la fente palpébrale.

A partir de l'âge de 22 ans, après un accouchement, cette tâche qui jusqu'alors s'étendait en surface prit les caractères d'une tumeur et depuis elle continua à augmenter de volume lentement, mais d'une façon continue.

Depuis 2 ans, la néoformation par son volume empêche la malade de fermer les yeux.

Après un travail physique, la tumeur grossit et devient plus foncée.

La malade ne s'est jamais plaint de troubles de la vue.

A l'examen on aperçoit une grosse tumeur rouge bleuâtre recouvrant toute la conjonctive bulbaire en dedans de la cornée.

Pour découvrir toute la tumeur il faut soulever la paupière supérieure.

La tumeur est bilobée ; le lobe supérieur arrondi en forme de baie et le lobe inférieur mûriforme.

Dans le gros lobe on constate la présence d'un phlébolithe qui roule sous le doigt et se déplace avec les mouvements des paupières.

La conjonctive forme un revêtement continu donnant à la tumeur un aspect lissé et brillant.

La consistance de la tumeur est molle et élastique. Elle est mobile sur la sclérotique.

Par la pression on peut la diminuer mais non la vider complètement.

On fait le diagnostic d'angiome caverneux qui fut confirmé après l'opération par l'examen anatomique.

OBSERVATION XXIII (résumée)

Angiome de la conjonctive bulbaire.

O. FEHR, Ibid

Le paysan Karl H..., âgé de 49 ans, se présente à la clinique pour une amblyopie alcoolique.

On constate accessoirement qu'il présente une tumeur à l'œil gauche à laquelle le malade n'a attaché aucune importance étant donné qu'elle existe depuis 20 ans et

qu'elle s'est développée progressivement et sans douleur. Elle se trouve située entre la caroncule et la cornée.

L'occlusion des paupières suffit pour comprimer la tumeur qui est assez molle.

La tumeur ne se découvre entièrement que lorsque le malade regarde en dehors et en bas ou bien lorsqu'on soulève la paupière supérieure. Elle devient alors en peu de temps saillante, semi-sphérique et son aspect rappelle celui d'une baie.

Elle est recouverte par la conjonctive qui lui forme un revêtement lisse et continu.

L'opération n'a pas été faite étant donné qu'aucune indication n'a été donnée.

OBSERVATION XXIV

Bock 1898. Angioma cavernosum conjunctivæ bulbi
(Wien, med. Wochsch. Tom. 48, p. 1761.)

Un garçon de 11 ans présente de temps en temps depuis l'âge de 1 ans, au point d'insertion du droit externe un petit nœvus sanguin.

Actuellement il atteint le volume d'une lentille.

Il fut extirpé sans préjudice pour le muscle.

Guérison.

L'examen anatomique montra qu'il s'agissait d'un angiome caverneux typique.

OBSERVATION XXV (Résumée)

Bock 1898. Polypénartige Blutgeschwulste
(Ibid p. 1763.)

Joseph M., âgé de 6 ans, présente à gauche sur la partie interne de la paupière supérieure 2 petites tumeurs.

Sur le globe de l'œil il présente également une petite tumeur lisse, rouge claire, qui recouvre la caroncule. Cette tumeur part de la paupière supérieure.

Sur ce point on constate encore une tumeur pédiculée et au fornix inférieur 2 petites protubérances.

Le tout fut extirpé.

L'examen anatomique montra qu'il s'agissait d'un angiome caverneux.

OBSERVATION XXVI (Résumée)

GONIN 1899. Über ein subconjunctivales Angiofibrome des äusseren Augenmuskels mit hyalinen Degeneration
(Arch. f. Augenh. Bd xxxiv p. 89).

Un homme de 22 ans, ayant à l'angle externe de l'œil droit une tumeur qui avait été remarquée à l'âge de 15 ans et qui s'est lentement développée depuis.

Pas de douleurs, pas de troubles visuels.

La tumeur a la forme et la grosseur d'une amande et présente l'aspect d'un lipome par sa transparence jaunâtre.

Elle commença à environ 3 mm. du limbe.

Mobilité relative. Surface lisse avec quelques vaisseaux.

On extirpe la tumeur et l'on constate qu'elle présente des adhérences avec le droit externe.

L'examen histologique montre que la tumeur consistait en tissu conjonctif avec de nombreux vaisseaux dont les plus profonds étaient atteints de dégénérescence hyaline.

OBSERVATION XXVII (Résumée)

REISS 1900, *Un cas d'angiome téléangiectasique de la conjonctive bulbaire avec formations kystiques.*

(Rlin. Monatsbl. f. Augenheil, août-septembre.)

Une fillette de 10 ans présentait depuis sa naissance une tache légèrement colorée sur la conjonctive bulbaire gauche.

De temps à autre se produisait au niveau de cette tache un peu d'injection vasculaire.

Cette tache fait une saillie de 1 mm. sur le plan conjonctival. Un vaisseau conjonctival assez volumineux la pénètre et s'y ramifie.

Cette tache est mobile sur la sclérotique, sa surface est lisse, sa couleur jaunâtre.

Extirpation.

L'examen anatomique fait d'abord penser qu'il s'agit d'un dermo-épithéliome, car on voit sur les coupes des amas cellulaires à côté des kystes de dimensions diverses.

Mais la tumeur a pour point de départ le tissu vasculaire, il s'agit donc d'un angiome téléangiectasique.

OBSERVATION XXVIII (Résumée)

PERGENS 1901. *Angiome de la conjonctive tarsale.*

(Klinisché Monatsbl. für Augenheil. T. xxxix, p. 23.)

Un jeune homme de 16 ans, se présente en se plaignant d'une sensation de corps étranger sous la paupière supérieure droite.

Sous l'influence des frottements il y avait fréquemment des suintements de sang qui s'étaient renouvelés fréquemment dans ces derniers temps.

En retournant la paupière supérieure on voit sur le bord supérieur du tarse une petite tumeur livide, arrondie, ayant environ 1 mm. de diamètre.

Elle pend de haut en bas sous forme de polype.

Elle saigne facilement dès qu'on la touche.

On fit l'extirpation et on cautérisa ensuite la base avec du nitrate d'argent.

L'examen anatomique montra que la petite tumeur était formée de capillaires recouverts d'épithélium qui manquait dans certains endroits où les vaisseaux se présentaient ainsi à nu. Cela explique les fréquents saignements.

Il s'agit donc d'un angiome simple.

OBSERVATION XXIX (Résumée)

PERGENS. — *Angiofibromie caveux* (ibid.)

Une petite fille de 2 ans présentait à droite, sur le côté nasal de la paupière supérieure, un petit angiome d'un rouge bleuâtre en forme de mûre.

Cet angiome se serait développé dans le cours de la 2^{me} année et aurait grossi surtout dans les derniers mois.

La tumeur était adhérente à la conjonctive et au tarse.

Du côté nasal, on remarquait une injection vasculaire qui apparaissait également de temps en temps sur le côté temporal.

Extirpation. 2 ans après, pas de récurrence.

A l'examen microscopique on constate que le tarse entourait la tumeur par une forte capsule partout où elle n'était pas en connexion avec la conjonctive.

Plusieurs travées conjonctives divisaient la tumeur en lobes. Certains de ces lobes étaient purement angiomateux, d'autres formés par une prolifération de l'endothélium, d'autres enfin contenaient beaucoup de tissu conjonctif et présentaient ainsi la structure d'un fibrome pur.

Il s'agit donc d'un angiofibrome caverneux.

OBSERVATION XXIX (résumée)

O. FEHR 1902. — Angiome de la conjonctive bulbaire
Centralblatt für Augenheilk. p. 242

La malade âgée de 16 ans présente sur toute l'étendue de la conjonctive bulbaire une tumeur rouge-jaunâtre faiblement en relief.

Elle s'étend dans tous les sens jusqu'au dessous de la paupière supérieure faisant paraître celle-ci gonflée et ne laissant libre qu'une toute petite partie de la conjonctive du côté nasal et temporal. Sur les bords de la tumeur on peut apercevoir de nombreux vaisseaux serpigneux.

Cette tumeur a été remarquée dès la naissance, mais quelques fois elle se colore et grossit davantage, comme, par exemple, après un examen trop long, lorsque la malade est obligée de fixer longtemps quelque chose.

On fit le diagnostic de téléangiectasie et on procéda à l'extirpation de la tumeur.

OBSERVATION XXX (résumée)

HANDMANN 1901. — Angiome caverneux de la conjonctive

KLIN. — Monatsblatt für Augenheil. mai p. 379

Une jeune fille âgée de 10 ans, présente sur le côté nasal de la conjonctive une tumeur spongieuse, livide, molle, qui atteint le bord de la cornée. Electrolyse, mais malgré cela augmentation rapide de la tumeur, ce qui nécessita l'énucléation.

L'examen anatomique démontra qu'il s'agissait d'un angiome caverneux.

Au bout de 2 ans, on ne constate pas de récidence.

OBSERVATION XXXI (résumée)

CARLINI 1905. — Angiome caverneux de la conjonctive

Annali di ottalmologia. Pavia. p. 396

Un garçon de 5 ans, est amené à la consultation en se plaignant de sensation de corps étranger dans l'œil droit.

Cette sensation a débuté il y a dix jours et incite l'enfant à se frotter la paupière, ce qui a déterminé une abondante hémorragie.

A l'examen, on constate à la face externe de la paupière supérieure une petite tuméfaction, rappelant par son aspect un chalazion. En retournant la paupière supérieure on reconnaît qu'il ne s'agit pas là d'un chalazion, mais d'une tumeur arrondie, globuleuse, de la grosseur d'un petit pois, reliée par un court pédicule au pli de passage entre la portion tarsale et le cul de sac conjonctival supérieur.

La tumeur est de coloration rouge brun, sa surface est lisse et sa consistance élastique.

On fait le diagnostic de polype conjonctival et on procède à l'extirpation de la petite tumeur après ligature du pédicule.

Au moment de l'opération il se produit une hémorragie qui ne rède qu'à une compression prolongée et à l'installation d'un collyre à l'adrénaline.

Dans les antécédents de l'enfant on ne peut relever qu'un point particulier : il y a trois ans on lui extirpa une petite tumeur rouge écarlate, siégeant à la base frontale droite et qui saignait facilement.

5 jours après l'opération actuelle, l'enfant recommença à se plaindre d'une nouvelle sensation de corps étranger.

Il fut ramené à la clinique où on constata qu'au même endroit une autre tumeur tendait déjà à se reproduire.

Au bout de dix semaines elle atteint les dimensions de la tumeur extirpée.

Au bout de quelques jours se produisit une hémorragie très abondante qui nécessita l'application d'une ligature.

Le lendemain l'hémorragie avait cessé et la petite tumeur disparu.

Mais sur la cicatrice ne tarda pas à se produire un léger soulèvement qui augmenta dans les jours suivants et aboutit à la formation d'une nouvelle petite tumeur (3°) qui différait de la 1^{re} par un pédicule plus court, sa couleur rouge plus foncée et ses dimensions moindres.

Les jours suivants le volume de la tumeur augmentant on en fit l'extirpation et pour obtenir une guérison radicale on enleva la partie avoisinante de la conjonctive.

L'examen anatomique démontra qu'il s'agissait d'un angiome caverneux.

OBSERVATION XXXII (résumée)

CASTELAIN, 1907. *Angiome de l'angle externe de l'œil.*

Annales d'oculistique, p. 113.

Un enfant de 3 ans présente au niveau de la partie externe de la conjonctive bulbaire une tumeur non douloureuse, non adhérente à la sclérotique, légèrement saillante, de la grosseur d'une lentille.

Les parents l'ont remarqué à l'âge de 2 ans.

L'angiome n'est pas visible quand l'enfant regarde directement devant lui ; on ne l'aperçoit que dans les mouvements d'adduction.

En outre on remarque une dilatation variqueuse de la conjonctive gauche près du fornix supérieur et un reflet bleuâtre de la peau à la racine du nez.

L'enfant a été revu 8 mois après et on constata une augmentation de volume de la tumeur.

Traitement par l'électrolyse.

OBSERVATION XXXIII (résumée).

CASTELAIN, 1907. — *Angiome simple de l'angle interne*

Un jeune homme de 25 ans présente à l'œil gauche au niveau de la caroncule et du pli semi-lunaire, une tâche violacée de la grosseur d'un pois, peu saillante, mobile sur la sclérotique.

Cette tâche est surtout visible dans les mouvements d'abduction.

Ce malade présente depuis sa naissance une vaste téléangiectasie vineuse de la face du côté gauche et a une sœur qui a une tumeur pareille au niveau de l'occiput.

OBSERVATION XXXIV (résumée)

CARLOTTI 1909 *Angiome veineux de la paupière supérieure et de la conjonctive*. Soc. d'ophtalm. de Paris.

Une petite fille de 11 ans présente sur la paupière supérieure de l'œil gauche un angiome peu prononcé, sans relief, avec un léger retentissement sur la conjonctive consistant en une dilatation variqueuse d'une veine partant de la région caronculaire et s'enfonçant dans la sclérotique avant d'arriver au limbe scléro-cornéen.

A l'ophtalmoscope on constate une forte injection de tout le réseau veineux rétinien. Ces veines sont larges et fléchueuses.

OBSERVATION XXXV (résumée)

CANTONNET ET DUVERGER 1909. *Nævus de la face avec vascularisation anormale de la conjonctive et de l'iris*. Soc. d'ophtal. de Paris.

Le sujet présente un volumineux nævus de la moitié gauche de la face couvrant une partie de la tempe et du front, la paupière supérieure et tout le côté gauche du nez.

L'œil gauche est le siège d'une vascularisation anormale non sous forme d'un angiome vrai, mais sous forme de vaisseaux séparés, tortueux, irradiés du cul de sac conjonctival vers le limbe scléro-cornéen.

Au fond du cul de sac inférieur on remarque une petite touffe de gros vaisseaux enchevêtrés.

L'iris présente de fins vaisseaux d'un rouge vif.

Troubles profonds de la vue, vision presque nulle. Cataracte régressive.

OBSERVATION XXXVI (résumée)

ANGONA, 1909. *Angiomes symétriques de la conjonctive tarsale supérieure.*

La clinica oculistica p. 3064.

Sur la paupière droite de l'œil d'une enfant de 2 ans s'implante une tumeur de la grosseur d'une framboise, de coloration rouge vineux, de consistance molle, élastique.

Cette tumeur est sessile, fixée sur la conjonctive au niveau du cul-de-sac supérieur.

Même tumeur mais de volume moindre sous la paupière supérieure gauche.

Ablation au bistouri de la néoformation du côté droit.

Guérison.

L'examen anatomique montra qu'il s'agissait d'un angiome caverneux.

CONCLUSIONS

I. Les angiomes de la conjonctive se présentent sous deux aspects différents :

- 1° Angiome simple ;
- 2° Angiome caverneux.

II. Dans son développement l'angiome passe par deux phases :

- 1° Formation de capillaires nouveaux qui s'allongent et se dilatent ;
- 2° Production d'un tissu caverneux par rupture et résorption des parois vasculaires ;

III. Les angiomes de la conjonctive sont des angiomes fissuraux en raison de leur formation au niveau des fentes branchiales.

IV. Les angiomes sont des affections congénitales, mais ils peuvent ne se manifester qu'à un âge plus ou moins avancé sous l'influence de causes diverses.

V. La localisation principale des angiomes de la conjonctive est, pour des raisons embryologiques, l'angle interne de l'œil.

VI. L'angiome apparaît sous forme d'une petite tumeur sessile ou pédiculée, plane ou saillante, changeant de couleur et de consistance sous l'influence des efforts.

VII. L'angiome conjonctival peut être considéré comme une tumeur bénigne aux allures lentes en général.

En dehors de quelques accidents d'ordre mécanique, la seule complication est l'hémorragie abondante.

VIII. Le traitement des angiomes consiste en électrolyse ou extirpation, chacun de ces moyens ayant ses indications.

IX. Les angiomes se transforment :

- 1° En tumeurs bénignes : lipomes, fibromes, kystes hématiques.
- 2° En tumeurs malignes : en sarcomes et, ainsi que les naevi pigmentaires, en épithéliomas.

Vu : *Le Président de thèse,*
DE LAPERSONNE.

Vu : *Le Doyen,*
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

I. — Ouvrages en Français

BORCH (Mlle). — Epithéliomas du limbe scléro-cornéen.
(Thèse de Paris, 1914-1915).

BROCA. — Traité des tumeurs.

DESMARRES. — Traité des Maladies des yeux. T. II.

CARLOTTI. — Société d'ophtalmologie de Paris, 1909.

CASTELAIN. — Annales d'occulistique, 1907, p. 113.

CANTONNET et DUVERGER. — Soc. d'ophtal. de Paris, 1909.

CHAMPY. — Presse médicale (février 1914).

CORNIL. — Bulletin de la Société d'Anatomie, 1890,
p. 225.

CORNIL et RANVIER. — Histologie pathologique.

DARIER. — Des naevo-carcinomes. (Soc. de canc. 21. XI
1913).

- DUBOIS. — Annales d'occulistique, 1855. p. 269.
- GALEZOWSKI. — Tumeurs érectiles de la partie sclerotique de la conjonctive. Recueil d'ophtal. 1873.
- LAGRANGE. — Traité des tumeurs de l'œil. Encyclopédie d'ophtalmologie, tome V.
- MENETRIER. — Traité de médecine de Gilbert et Thoinot. Art. Cancer. t. XIII.
- MONOD et ARTHAUT. — Revue de chirurgie, 1887.
- PANAS. — Traité des maladies des yeux. T. II.
- PANAS et REMY. — Anatomie pathologique de l'œil.
- QUÉNU. — Traité de chirurgie. T. I.
- REBOUL. — Transformations et dégénérescences des naevi. (Archives générales de médecine, 1893.)

II. — Ouvrages Etrangers

- ALT. — American Journal of ophtalm., 1895.
- VON AMMON. — Klinische Darstellungen, T. II.
- ANGONA. — La clinica oculistica, 1909.
- BLESSIG. — St-Petersburger méd. Zeitung. 1867, T. II.
- BOCK. — Wiener. méd. Wochen. 1898.
- BOSSALINO und HALLAUER. — Arch. fur ophtal, 1895.
- CARLINI. — Annali di ottalmologie. Pavia, 1905.
- CELINSKI. — V. Ammon Klinische Darstellungen T. II.

- DIMMER. — Prager méd. Wochenschrift.
- EVERSRBUCH. — Ophtalm. Ges. Heidelberg. 1883.
- FEHR. — Centralblatt fur Augenheilk. 1897 et 1902.
- GOUIN. — Archiv. fur Augenheilk. 1899.
- HANDMANN. — Klinische Monats. fur Augenheilk. Mai 1901.
- HORROCKS. — Trans. ophtal. Soc. Unit. Kingd. 1883.
T. III.
- KROCHINSKI. — Beitrag zur Augenheilk 1894.
- LEBER. — Graefe's Archiv. 1880.
- LIPPINCOT. — Transact of the American opht. Society 1895.
- PERGENS. — Klinische Monatsblätter fur Augenheilk. 1901.
- RAMPOLDI et STEFANINI. — Annali di ottalmologia. 1883.
- RUVIOLI. — Annali di ottalmologia 1876.
- REISS. — Klinische monatsblätter fur Augenheilk. 1900.
- SCHIMER. — Archiv. fur Ophtalmolog. 1860.
- SNELL. — Trans. Opht. soc. Unit. Ringd 1893.
- TALKO. — Klinische Monatshefte von Zehender 1873.
- VIRCHOW. — Die Krankh. Geschwulste T. III.
- WINTERSTEINER. — Graefe's Archiv fur Ophtalmologie 1899.
- WOLFROM. — Graefe's Archiv fur Ophtalmolog. T. LXXI.
- ZIMMERMANN. — Klinisch. Monatsheft, fur Augenheilk. 1897.



IMPRIMERIE SPÉCIALE
de la Librairie OLLIER-HENRY
26 — Rue Monsieur-le-Prince — 26
PARIS (VI^e)



